



依頼者機密情報取り扱いに関する通知

発効日 2003年4月14日

NOTICE OF PRIVACY PRACTICES FOR CLIENT CONFIDENTIAL INFORMATION Effective April 14, 2003

DSHSは、あなたにプライバシーについての権利を通知することが法律で義務づけられています。本通知が、あなたのDSHSサービス受給資格に影響を及ぼすことはありません。

本通知は、あなたの医療およびその他の機密情報の使用、開示、閲覧方法について説明しています。
注意してお読みください。

DSHSは私に関してどのような機密情報を保持していますか？

あなたがDSHSの提供する給付金やサービスのプログラムに申請中または受給期間中は、プログラム過程の一環としてあなたの連絡先、金銭面や健康に関する情報を提供するよう求められることがあります。また、当局は、あなたへのサービスや支払いを提供するために必要なあなたに関する機密情報を他の情報源から受け取ることもあります。

私の機密情報は誰が閲覧しますか？

当局は、業務上必要最低限の機密情報だけを閲覧します。法律に基づく場合、もしくはあなたの承諾がある場合は、他のプログラムや他の人に情報を開示することができます。例えば、あなたの健康に関する機密情報は、医療機関やその他のサービス提供者に送付、使用されることがあります。また、あなたの過去、現在、将来に関する情報を開示する場合もあります。

DSHSはどの情報を開示しますか？

当局は、あなたについて他の機関が業務上必要とする情報だけを開示します。あなたは、あなたの健康に関する情報を当局が提供した機関のリストを請求することができます。

DSHSはどのような場合に機密情報を開示しますか？

- 医療手当が適切かどうか判断するため
- 医療提供者から受けたサービス代金を支払うため
- サービスまたは給付金受給資格の有無を判断するため
- サービス提供者からあなたが受けるケアのクオリティについて評価するため

私の情報を閲覧することができますか？

あなたは、当局が保持しているあなたについての情報を閲覧することができます。DSHSが、複数の部門にあなたの記録を保持している場合は、どの記録を閲覧したいかを当局に知らせる必要があります。情報記録のコピーを請求することもできますが、代金を請求される場合があるのでご了承ください。

私の記録を変更することはできますか？

あなたが、あなたの健康に関する記録に誤りを見つけた場合は、記録の修正もしくは新しい情報を追加するよう要求書を当局に郵送することができます。また、当局があなたの記録を提供した他の機関へ記録の修正を送付するよう要求することもできます。

第三者が私の機密情報を必要とした場合はどうなりますか？

以下の状況に該当する場合、あなたは、あなたについての情報を開示することを承諾する委任状に署名するよう要求されることがあります。

- DSHSが第三者に情報を送付する必要がある
- あなたが他の機関もしくはサービス提供者へあなたの情報を送付するよう当局に希望している
- あなたがあなたの弁護士や親戚、もしくはその他代理人へあなたの情報を送付するよう当局に希望している

あなたに関する情報の開示については、あなたが委任状に署名した日付まで有効とします。当局は、あなたが記載した情報のみを開示することができます。書面によって、情報開示承諾の撤回あるいは変更をすることもできます。

DSHS 依頼者機密情報取り扱いに関する通知

発効日 2003 年 4 月 14 日

DSHS NOTICE OF PRIVACY PRACTICES FOR CONFIDENTIAL INFORMATION

Effective April 14, 2003

私の承諾無しに私の機密情報が開示されることはありませんか？

はい。あなたの承諾無しにあなたの機密情報が開示されることがあります。あなたが当局に情報の開示を承諾していない場合でも、法律によって情報を開示することが当局に対して要求または許可されることがあります。これが適用されるのは、以下に該当する場合です：

- 児童または成人虐待事件あるいは警察や他の該当機関への不履行についての報告をする場合
- 裁判所によって記録の提出を要求されている場合
- DSHS の業務を検討する他の機関へ情報を提供する場合
- 養護施設や病院などの医療施設の認可や検査をする政府機関に情報を提供する場合
- サービス提供者あるいはその他の機関があなたにサービスや給付金を受ける資格があるかどうかを判断するために必要な情報を提供する場合
- 未成年の保護者や両親に特定の情報を提供する場合
- 調査目的のために情報を使用する場合

私の情報開示について制限することは可能ですか？またどのようにして制限できますか？

あなたは、あなたの健康に関する情報の使用や開示を制限するよう当局に対して要求することができますが、必ずしも当局が承諾するものではありません。また、あなたは、当局に対して本通知内容を別の書式で送付、あるいは、他の宛先へ送付するよう要求することもできます。

私はこの通知のコピーを貰うことができますか？

はい。本通知書はあなたの保管用のものです。本通知書を電子メールで受領した場合は、当局にコピーを請求してください。コピー一部を提供します。

機密情報の取り扱いに変更があった場合はどうなりますか？

当局は、本通知の記載内容を変更する権利を保持します。法律に変更が生じた場合、当局はあなたにその変更に関する新しい通知書を郵送します。

この通知や私の権利について質問がある場合は、誰に問い合わせればよいですか？

本通知について質問がある場合は、あなたに本通知を提供した者にお尋ねください。アシスタントが必要な場合は、DSHS Privacy Officer (DSHS 機密情報担当員) (360) 902-8278 までお問い合わせください。

プライバシーの侵害について届け出を出す場合、どうすればよいですか？

あなたのプライバシーが侵害されたと確信するのであれば、以下に不服を申し立てることができます。
The DSHS Privacy Officer, Department of Social and Health Services, PO Box 45115, Olympia WA 98504-5115. あなたが不服を申し出た場合、DSHS はあなたへのサービスや給付を変更したり中止することはありません。また、あなたに対して報復措置を取ることはありません。

あるいは

The Secretary, Department of Health and Human Services (DHHS), 2000 Independence Avenue, Washington, D.C. 20201. DHHSに対する不服申し立ては、プライバシーの侵害が発生した日から 180 日以内に行わなければなりません。



DSHS 依頼者機密情報取り扱いに関する通知
発効日 2003年4月14日
DSHS NOTICE OF PRIVACY PRACTICES FOR CONFIDENTIAL INFORMATION
Effective April 14, 2003

承認書
ACKNOWLEDGEMENT

依頼者名（活字体で記入）	依頼者出生日
--------------	--------

私は、DSHS 機密情報取り扱いに関する通知書のコピーを受け取り、DSHS が私の健康に関する機密情報をどのように使用・開示するかについての質問をする機会を与えられました。

依頼者または代理人署名	日付
-------------	----

FOR DSHS USE ONLY

To be completed if unable to obtain client's or personal representative's signature.

Describe efforts made to have the client acknowledge receipt of the Notice of Privacy Practices (NPP):

Describe reason why acknowledgement was not obtained:

STAFF MEMBER'S NAME AND TITLE (PLEASE PRINT)	ADMINISTRATION/DIVISION
STAFF'S SIGNATURE	DATE